

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 36.

Tuberculose Inflammatoire

IRITIS D'ORIGINE TUBERCULEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice FONSAGRIVES

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Saint-Antonin (Tarn-et-Garonne) le 8 juillet 1882



LYON
IMPRIMERIE WALTENER & C^e

3, Rue Stella, 3^e

—
1904



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 36.

Tuberculose Inflammatoire

IRITIS D'ORIGINE TUBERCULEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice FONSAGRIVES

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Saint-Antonin (Tarn-et-Garonne) le 8 Juillet 1882



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^e

3, Rue Stella, 3

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE, X... AUGAGNEUR. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. BEAUVISAGE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. X... MAYET. TRIPPIER. POLLOSSON (M.) ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.) SOULIER. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales	{
Clinique obstétricale et Accouchements.	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	
Clinique des maladies mentales	
Clinique des maladies des enfants	
Physique médicale	
Chimie médicale et pharmaceutique	
Chimie organique et Toxicologie	
Matière médicale et Botanique	
Parasitologie	
Anatomie	
Anatomie générale et Histologie.	
Physiologie.	
Pathologie interne.	
Pathologie externe.	
Pathologie et Thérapeutique générales	
Anatomie pathologique	
Médecine opératoire	
Médecine expérimentale et comparée.	
Médecine légale	
Hygiène	
Thérapeutique.	
Pharmacologie	

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON(A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX, —
Thérapeutique générale	COLLET, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique.	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	BORDIER.	REGAUD.	GAYET.
PIC.	COURMONT (P.).	CAUSSE.	MOREL.
PAVIOT.	CHATIN.	ANCEL.	NEVEU-LEMAIRE.
NOVÉ-JOSSERAND.	VILLARD.	CHARVET.	NICOLAS.
BERARD.	TIXIER.	COMMANDEUR.	PATEL.
SAMBUC.			

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; M. SAMBUC, *Assesseur*;
MM. BÉRARD et GAYET, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de clinique chirurgicale
Membre correspondant de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOR

Chef de laboratoire de la clinique chirurgicale
de Monsieur le Professeur Poncet

INTRODUCTION

Nous tenons tout d'abord à expliquer le titre de notre thèse, et cela d'autant mieux que nous nous occupons d'un sujet nouveau, et que les faits sur lesquels nous nous appuyons sortent du cadre classique, tel qu'on l'entendait jusqu'aux recherches de M. le Professeur Poncet.

Sous le nom de rhumatisme tuberculeux, d'abord articulaire, puis abarticulaire, M. Poncet et ses élèves ont en effet décrit dans ces dernières années des lésions, des accidents uniquement inflammatoires sans produits tuberculeux, et cependant d'origine tuberculeuse. Cette conception du rhumatisme tuberculeux, appartenant dès lors à la grande classe des rhumatismes infectieux, est aujourd'hui démontrée. Elle trouve chaque jour sa confirmation au lit des malades. Mais le rhumatisme tuberculeux, c'est-à-dire, la tuberculose à allure rhumatismale caractérisée dans les formes aiguës, subaiguës, par des fluxions, des lésions mobiles, erratiques (etc.) n'est qu'une forme clinique de la tuberculose inflammatoire, telle que M. Poncet l'a définie dès le début.

Pour être plus clair, nous dirons qu'à côté des manifestations d'allure rhumatismale de la tuberculose inflammatoire, prend place toute une série d'autres accidents non moins inflammatoires, mais ne rentrant pas, à proprement parler, dans le cadre du rhumatisme tuberculeux, n'en ayant plus la même physionomie clinique. C'est ainsi qu'à côté d'iritis survenant pendant ou à la fin d'accidents articulaires d'origine tuberculeuse, et méritant le nom d'iritis rhumatismales d'origine tuberculeuse, se placent d'autres iritis également de même nature, mais survenant en dehors de toute manifestation articulaire antérieure ou présente, et ressemblant par exemple à une monoarthrite sans le cortège des accidents plus ou moins multiples, qui les font entrer dans la classe du rhumatisme tuberculeux. Mais elles ont toutes pour caractère commun de ne pas présenter des lésions anatomiques spécifiques, considérées longtemps à tort comme exclusivement tuberculeuses.

Nous pensons que la tuberculose joue dans l'étiologie des iritis un rôle plus important qu'on ne l'admettait jusqu'ici. L'iritis tuberculeuse, telle qu'on la comprend encore aujourd'hui, est bien connue depuis que Gradenigo publia en 1869 l'observation restée fameuse d'un malade, dont l'iris présentait 6 à 7 corpuscules nettement arrondis, de la grosseur d'une moitié de grain de chènevis proéminent. Ces tumeurs granulaires étaient des tubercules miliaires, ainsi que le prouva le docteur Richetti, d'après l'examen histologique des pièces.

Depuis cette époque, Berthold, Perls, Manfredi et

de nombreux auteurs multiplient les observations d'iritis tuberculeuse, caractérisée par la présence sur la membrane irienne de tubercules, qui apparaissent sous la forme de petits nodules blancs grisâtre ou de couleur cuivrée.

L'affection ainsi comprise est une tuberculose locale, comme l'a nettement établi pour la première fois Koester. Pour nous, la bacilliose peut aussi provoquer des iritis à lésions uniquement inflammatoires, banales, n'ayant rien de tuberculeux au sens anatomo-pathologique du mot.

Elle produit, ainsi que la syphilis, sur la membrane irienne deux ordres de lésions bien différentes.

Les unes, gommès et tubercules, sont caractérisées par une édification anatomique spécifique ; les autres, banales, sont simplement congestives et exsudatives.

Pourquoi refuser au bacille de Koch ce que l'on accorde au bacille de la lèpre ? Les lépromes de l'iris ne sont pas en effet les seules manifestations pathologiques, que l'on doive attribuer à ce dernier microorganisme. « Il ne faudrait pas croire, dit le professeur Panas, que l'iris ne puisse s'enflammer primitivement sous l'influence de la lèpre sans apparition de boutons lépreux. A cet égard, l'observation d'un malade atteint depuis trois ans de lèpre tuberculeuse est des plus concluantes. »

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude clinique complète de l'iritis d'origine tuberculeuse ; il existe encore trop peu d'observations pour en tirer des conclusions définitives ; nous serions heureux si

nous avons réussi à appeler l'attention sur cette nouvelle manifestation de la tuberculose inflammatoire.

Dans un premier chapitre, nous étudierons ce que nous croyons être la pathogénie de l'affection, d'après les faits connus. Nous réunirons ensuite les observations que nous avons pu recueillir. Nous chercherons à déterminer s'il existe des symptômes particuliers pouvant caractériser la maladie, nous terminerons enfin par quelques considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à assurer de notre respectueuse reconnaissance M. le professeur Poncet, qui a bien voulu nous confier ce travail, et nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

M. le professeur Rollet et M. le docteur Aurand ont bien voulu nous communiquer des observations : nous les prions de recevoir l'expression de notre profonde gratitude.

Que M. le docteur Dor reçoive ici tous nos remerciements pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer, et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

CHAPITRE PREMIER

Historique. — Pathogénie

Les lésions tuberculeuses de la membrane irienne ont paru longtemps aux observateurs d'une exceptionnelle gravité pour l'œil, et aussi pour l'organisme. Elles étaient considérées, comme pouvant amener la perte de la vision, et la phthisie du globe, qui rendait l'énucléation nécessaire. De plus, ces néoplasies tuberculeuses étaient souvent, d'après eux, le point de départ d'une généralisation bacillaire.

L'on s'éleva bientôt contre cette conception d'un pronostic trop absolu de la bacillose oculaire. Van Duyse affirma que celle-ci n'est pas toujours une affection grave, et qu'elle tend parfois d'elle-même à la guérison. Il rapporta des observations de tuberculose atténuée de l'iris, qui n'avait produit aucun désordre de l'œil et qui avait guéri spontanément. Il en était des nodules

iriens comme des granulations tuberculeuses qu'on trouvait dans le péritoine, et qui guérissaient à la suite d'une laparatomie. Il attribua cette évolution atténuée de l'affection à la virulence amoindrie des bacilles de Koch.

Ce que nous voulons retenir des observations publiées par Van Duyse, c'est le fait que souvent chez ces malades atteints de tuberculose atténuée de l'iris, l'éruption de nodules tuberculeux était précédée d'une période purement inflammatoire parfois assez longue.

Une de ses malades notamment (Archives d'ophtalmologie, 1892) présenta tous les symptômes d'une iridocyclite séreuse avec précipités abondants sur la face postérieure de la cornée, trouble de l'humeur aqueuse et dépôts uvéaux sur la capsule cristallinienne. La pupille était moyennement dilatée par l'atropine, les vaisseaux conjonctivaux étaient hyperhémisés; Il y avait de l'injection ciliaire et une photophobie assez prononcée.

La malade avait peine à se conduire. Elle quitta le dispensaire au bout de deux mois, comptant les doigts à deux mètres; elle avait subi un traitement consistant en frictions mercurielles sur le front et les tempes, quelques instillations d'atropine et de cocaïne dans les yeux, iodure de potassium et l'huile de foie de morue à l'intérieur.

Ce ne fut que quatre mois plus tard que la malade revint, présentant dans l'angle irido-cornéen des nodules tuberculeux blanc grisâtre de 2 mm. de diamètre environ.

Cette iritis, prémonitoire de l'apparition des tubercules, ne fut l'objet d'aucune remarque de la part

de Van Duyse. Le docteur Vignes attira l'attention sur ce fait que l'évolution des tuberculoses iridiennes comprenait souvent deux périodes, l'une caractérisée par la présence de nodules visibles à la loupe ou à l'œil nu; l'autre, celle du début, par de seuls phénomènes de réaction inflammatoire. Il proposa alors de réserver le nom d'iritis tuberculeuse à cette dernière période, et d'appliquer à l'autre celle de tuberculose de l'iris, bien que dans son esprit, il ne puisse s'agir d'autres choses que d'étapes successives du même mal.

Chez une de ses malades, l'œil était le siège d'une légère injection ciliaire rouge vineux; l'iris, sans tubercules, apparaissait de coloration brune plus foncée, et la pupille était obstruée par d'épaisses synéchies, qui en déterminaient l'occlusion. Devant la marche continue de l'affection et l'inanité des efforts thérapeutiques, l'iridectomie fut pratiquée. Un lambeau de l'iris excisé et inclus dans un œil de lapin détermina l'infection tuberculeuse locale et générale de l'animal en expérience.

Cinq semaines après l'intervention, l'on put constater l'existence de nodules tuberculeux dans la membrane irienne. Quint a consacré quelques lignes à la description de cette phase de tuberculose de l'iris, en même temps qu'il a rapporté deux observations nouvelles (*Centralblatt für Augenheilkunde*, 1893).

Cette période d'iritis inflammatoire peut durer très longtemps, plusieurs semaines dans les faits que nous venons de citer, neuf mois chez un malade de Quint.

Pour Vignes, elle correspond au moment de l'invasion de l'iris par les bacilles que charrient dans sa

trame les liquides organiques ; en un mot, à la période d'ensemencement et de lutte phagocytaire entre l'agent pathogène et l'organisme, dont les éléments locaux et les leucocytes réagissent pour lui opposer barrière.

Pour nous, l'iritis tuberculeuse inflammatoire peut exister sans apparition ultérieure de tubercules. Van Duyse admettait que l'évolution atténuée de la tuberculose irienne était due à la virulence amoindrie des bacilles de Koch ; pour Vignes, au contraire, elle serait en rapport avec la résistance individuelle et surtout la résistance particulière de l'iris. Ne peut-on pas concevoir la coexistence de ces deux facteurs, et admettre que dans certaines conditions synergiques de virulence amoindrie, de résistance augmentée, le bacille de Koch n'arrive pas jusqu'à l'édification anatomique des tubercules et ne donne lieu qu'à des phénomènes de réaction banale ?

Nous pensons même que l'action du bacille de Koch n'est pas nécessaire pour déterminer une iritis ; la toxine tuberculeuse doit y suffire, que celle-ci soit produite sur place ou à distance.

Le bacille de Koch sécrète en effet, une toxine qui lancée dans le torrent circulatoire, est capable de produire en certains endroits de l'organisme, des lésions souvent profondes.

A l'examen histologique, les reins d'animaux traités par la lymphé de Koch, paraissent atteints de néphrite parenchymateuse. Sur des reins privés de tubercules, on voit que les tubes contournés sont le siège d'une forte inflammation épithéliale ; les cellules sont gonflées, arrondies, granuleuses, troubles, à peine teintées

par le picrocarmin. D'autres sont libres et mêlées à une petite quantité de matière amorphe, granuleuse; elles obstruent la lumière des canalicules, elles sont arrondies, de volume variable, ou grosses ou très petites; les tubes des anses de Heule sont malades ou sains, leurs cellules forment encore un revêtement régulier et les noyaux de celles-ci sont très bien colorés par le carmin, de telle sorte que ces tubes forment des traînées rouges au milieu des sinuosités pâles des tubes contournés. En définitive, on trouve là, sans production tuberculeuse, une inflammation caractérisée par le gonflement et la desquamation de l'épithélium des tubes contournés, démontrant que la tuberculose exerce sur les éléments sécréteurs des reins une action très irritante.

Le docteur Carrière, injectant de la tuberculine à des animaux sains, est arrivé à produire au niveau du foie des lésions variables, telles que la vaso-dilatation des capillaires intralobulaires et foyers d'hémorrhagie interstitielle, nécrose spéciale des éléments cellulaires intralobulaires, et même lésions endothéliales de la veine-porte, dans les cas où la tuberculine a été injectée à fortes doses et dans les veines.

De par sa structure et sa physiologie, le tractus uveal est tout désigné pour être, comme le rein et le foie, le siège d'une manifestation secondaire d'une infection générale.

« L'Iris aussi bien que le tractus uvéal, dit M. de Lapersonne, est formé par un tissu extrêmement riche, presque érectile, comparable au poulmon, au foie, ou au rein. D'autre part, on sait qu'un des bons moyens

employés par l'organisme pour se débarrasser des substances toxiques, c'est l'élimination par les glandes. Vous connaissez le rôle considérable du rein à cet égard. Or, le tractus uvéal est une glande, glande de l'humeur aqueuse et de l'humeur vitrée, étudiée dernièrement par Boucheron et surtout Nicati. »

Ce rôle d'élimination, comme l'ont prouvé des recherches récentes (Niesmanoff, Beutzen, Miel, Leber) incombe à la face antérieure de l'iris et aux espaces lymphatiques de l'angle irido-cornéen, tandis que la sécrétion de l'humeur aqueuse est le rôle des procès ciliaires et de la face postérieure de l'iris.

On comprend donc que chez un sujet atteint de maladie générale, la face antérieure de l'iris et le canal de Schlemm puissent être momentanément insuffisants dans leur tâche d'élimination des toxines, venues du sang par la voie de sécrétion de l'humeur aqueuse. Les toxines retenues dans un organe surmené, qui devient par là même un lieu de moindre résistance, produisent alors l'inflammation de cet organe.

O. Bruns, dans le but de provoquer des maladies phlycténulaires de l'œil, a injecté dans la carotide de douze lapins des bacilles tuberculeux morts. Il s'est servi d'abord de bacilles mélangés à un corps étranger, tel que du graphite, pour mieux localiser les effets du virus par une détermination traumatique, dans un but assez analogue à celui de l'expérience de Max Schultze sur les articulations; il a aussi injecté des bacilles tuberculeux seuls. Dans l'un et l'autre cas, il a pu, chez deux lapins, produire une iritis inflammatoire sans novules tuberculeux.

L'organisme peut réaliser naturellement les conditions de cette expérience; les toxines sécrétées au niveau du poumon dans le cas de tuberculose pulmonaire, au niveau de l'organe atteint dans les autres cas, passent dans le sang et produisent une intoxication qui se manifeste, au niveau de l'iris, par une réaction inflammatoire.

Telle est aussi probablement l'origine d'un assez grand nombre d'iritis scrofuleuses primitives, dont Wharton-Jones, Noyes, Arlt, Schmidt et Panas ont prouvé l'existence. Couturier (1) a recueilli dix-sept observations d'iritis séreuse sur des malades porteurs d'accidents ou de stigmates scrofuleux évidents, que l'on reconnaît aujourd'hui être manifestement d'origine tuberculeuse.

(1) Couturier, *France Médicale*, 1886.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Communiquée par M. le Professeur Poncet)

Iritis bilatérale à répétition chez un malade atteint de rhumatisme tuberculeux ankylosant (forme rhizomélisque). Ankylose complète de la colonne vertébrale remontant à huit ans.

Le malade en question a été examiné, au mois de juillet dernier, par M. le Professeur Poncet. Il s'agit d'un malade âgé de 37 ans, présentant une hérédité collatérale tuberculeuse, et chez lequel l'épreuve par la séro-réaction, par la sérosité du vésicatoire, a été nettement positive. Le début des accidents articulaires remonte à l'âge de 18 ans. Depuis lors, le rhumatisme tuberculeux ankylosant de forme rhizomélisque a suivi une marche continue et progressive malgré tous les traitements employés. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis tantôt 20 ans, les accidents articulaires se sont généralisés, la colonne vertébrale, les hanches se sont ankylosées, et quant aux autres articulations, les

mains, les genoux, les cou-de-pieds, etc., elles sont actuellement le siège, comme l'étaient autrefois les précédentes poussées, de fluxions articulaires particulièrement douloureuses, avec raideur consécutive et tendance fatale à l'ankylose.

Dans ce laps de temps, le malade, qui est un homme du monde et qui s'observe avec beaucoup de soin, a eu d'autres manifestations du rhumatisme tuberculeux extra-articulaire. D'après le récit qu'il en a fait à M. Poncet, il aurait eu, à des intervalles plus ou moins éloignés, onze fois des lésions de l'œil gauche, deux fois de l'œil droit, qui furent qualifiées par les médecins et les ophtalmologistes, qui lui donnent des soins, du nom d'iritis rhumatismale. Ces lésions iriennes purement inflammatoires coïncident avec les fluxions articulaires, qu'elles précédaient ou auxquelles elles succédaient, affectant avec cette dernière une sorte de balancement, et affectant souvent, comme ces dernières, une allure métastatique.

OBSERVATION II (Inédite)

(Communiquée par M. le Professeur Rollet)

Marie B..., 21 ans, couturière, hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Clotilde, service de M. le professeur Rollet. Entrée le 15 janvier.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 45 ans, éthylique. Mère vivante, bien portante. Une sœur en bonne santé. Frère marié, en bonne santé.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle

jusqu'à 20 ans. Régulée à 14 ans, pendant un an et demi. Depuis l'âge de 16 ans, la malade n'est plus réglée, à la suite d'une affection abdominale d'une dizaine de jours.

Peu de rhumes l'hiver. Pas d'hémoptysies.

Depuis un mois, la malade s'est mise à tousser, à avoir de la fièvre. Frissons, points de côté à la base du thorax. Elle a maigri. Transpire beaucoup la nuit.

Actuellement. — Etat général médiocre ; facies coloré surtout à droite. Langue sèche. Pas d'appétit, pas de diarrhée, légère constipation. Pas de vomissements après la toux. Toux fréquente, expectoration peu abondante. Dyspnée d'effort,

Poumons. — En arrière, à droite, au tiers inférieur matité, abolition des vibrations ; la sonorité reparait égale à celle du côté gauche un peu au-dessus de l'épine de l'omoplate. Pas de submatité dans la fosse sus-épineuse. A l'auscultation, à la base, absence presque absolue du murmure ; on entend à l'inspiration des bruits fins de froissements qui ressemblent en certains points à des râles crépitants vrais. Ces bruits s'entendent jusqu'à la limite supérieure de la matité. Ni souffle, ni égophonie. Au-dessus, jusqu'aux sommets, la respiration s'entend bien sans bruits adventices.

A gauche, un peu de submatité à la base, les vibrations persistent, le murmure respiratoire est un peu obscur. Quelques bruits de froissement inspiratoire : jusqu'aux sommets quelques râles sibilants disséminés.

En avant, sous la clavicule, pas de bruits anormaux, le murmure respiratoire s'entend bien.

Cœur, rein, foie. Rien à signaler, à 39°4 le soir.

18 janvier. — Le matin, gros frisson. Température 39°5. Tendance syncopale. Pas de céphalée, langue rôtie, vomissement.

19 janvier. — Langue rôtie sèche; vomissements persistants, pas de selles sans lavements. Facies terreaux, légèrement cyanique. Abdomen: douleurs vagues à la palpation, pas de douleurs spontanées. Pupilles égales. Pas de modifications de l'épanchement. La céphalée n'a pas augmenté.

Touchers vaginal et rectal négatifs.

20 janvier. — Injection conjonctivale généralisée, la malade appelle l'attention sur son œil douloureux.

21 janvier. — M. Rollet est appelé par le Dr Leclerc et fait le diagnostic d'*iritis*. Ouverture pupillaire assez petite, plus petite que celle du côté opposé. Iris terne, feuille morte, irrégulier, ne réagissant pas à la lumière. La pupille est encombrée par un exsudat grisâtre adhérent à l'iris et imperméable à la lumière. Douleurs oculaires et périorbitaires très vives. Vision à peu près abolie, à peine sensation de lumière.

Traitement à l'atropine et au bleu de méthyle.

22 janvier. — Les douleurs péritonéales et les vomissements ont disparu. L'iris s'est dilaté, synéchies nombreuses. Les douleurs pupillaires ont diminué, ainsi que l'injection périkeratique.

23 janvier. — Pupille bien dilatée, encore encombrée dans toute son étendue par cet exsudat grisâtre antérieurement signalé.

Synéchies persistantes, au nombre de trois principales.

L'iris ne réagit pas, mais la sensation de lumière, quoique faible, est cependant mieux perçue que les jours précédents. L'injection périkeratique a disparu, l'injection générale conjonctivale persiste seule.

Le Dr Leclerc affirme nettement le diagnostic de tuberculose aiguë pour la malade en général, ne précisant pas la nature de l'iritis.

Pas de syphilis, pas de rhumatisme.

24 janvier. — L'injection conjonctivale reste la même.

Injection sous-conjonctivale de bleu de méthyle,

25 janvier. — Bonne dilatation.

27 janvier. — Mort.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION III (inédite)

(Communiquée par M. le professeur Rollet)

M. D..., salle St-Louis. Service de M. le professeur agrégé Rollet.

H..., 41 ans.

Aucun antécédent syphilitique. Quelques douleurs rhumatismales articulaires et musculaires. Ganglions sus-hyoïdiens. L'affection a débuté, il y a quinze jours à peu près, par des douleurs et par de la rougeur de la conjonctive. Actuellement la pupille gauche est très irrégulière, elle ne réagit pas à la lumière.

On observe en outre un cercle périkeratique très marqué. La cornée a perdu un peu de sa transparence.

Pas de douleurs. Acuité visuelle très diminuée.

Traitement : atropine.

Antécédents héréditaires — Père mort d'une péricardite. Mère morte accidentellement en état d'hémiplégie. A eu six frères et sœurs : deux frères et sœurs sont encore bien portants, et ont des enfants.

Antécédents personnels. — Marié depuis 16 ans, a eu cinq enfants, dont trois sont morts, l'un du croup, l'autre de convulsions, et le troisième de complications d'otite suppurée. Dès son jeune âge a été chétif. A trois ans ans, pleurésie purulente. A cinq ans est tombé d'un arbre, a pu se relever et s'en est tiré avec quelques contusions simples. A 10 ans il eut un mal de Pott. Pas d'abcès.

Actuellement bosse considérable due à l'incurvation de la colonne vertébrale.

En avant thorax en carène. L'ensemble du tronc est ratatiné sur lui-même, très diminué de longueur ; il en résulte que le malade a une taille très peu élevée, quoique ses jambes et ses bras surtout aient continué à s'accroître, et aient une longueur moyenne. Sur la partie postérieure du thorax existe une cicatrice d'empyème. Au cou, au niveau de la région sus-hyoïdienne, il existe deux ganglions, gros comme une noix, durs, mobiles, absolument indolores. Ils existent depuis l'enfance, et sont toujours restés stationnaires.

Le 16 juillet, dilatation irrégulière de la pupille.

Le 23 juillet, amélioration.

18 octobre 1904. Nous avons revu le malade, tout signe d'iritis aiguë a disparu. La pupille est encore irrégulière, par suite de quelques adhérences. A la face antérieure du cristallin, traces d'adhérences rompues.

Aucun signe de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION IV (inédite)

(Communiquée par M. le professeur Rollet)

Philomène R..., 25 ans, salle St-Paul, service de M. le professeur agrégé Rollet.

Au mois de juillet, sciatique qui dura environ un mois. Dans le mois d'août, la malade a eu un abcès froid dorsal.

Pendant que la malade était en traitement, la vision devint indistincte, l'œil un peu douloureux à la pression. Légère injection ciliaire périkeratique. On institue un traitement à l'atropine.

On constate une petite tache sur la cornée, ronde ; pas d'allure de leucome. La pupille se dilate très irrégulièrement. L'iris a presque conservé sa coloration normale, et est bridé par quelques synéchies postérieures.

A noter le peu d'injection ciliaire, pas de douleurs ; seule la vue est atteinte.

Jamais de maladies d'yeux antérieures. Actuellement bon état général.

Ni rhumatisme, ni goutte. Aucun antécédent syphilitique.

OBSERVATION V

(Docteur Dor. Gazette des Hôpitaux, 2 juin 1904)

Rhumatisme tuberculeux probable avec localisations vertébrales, oculaires et pleurales

M. X..., percepteur dans la petite ville de X..., a été un des plus beaux hommes que l'on puisse rencontrer, ainsi que l'atteste sa photographie qu'il nous a montrée. Il a eu d'une femme qui présente tous les attributs de la santé deux enfants : une fille et un garçon. La fille, âgée de 17 ans, succomba en 1898, emportée par une dysentérie épidémique. La mort de cette enfant fut le point de départ de la maladie de son père. Sans avoir jamais présenté jusque-là le moindre symptôme d'une maladie quelconque, sans avoir jamais eu de blennorrhagie, de rhumatisme, de syphilis, il se fléchit, s'ankylosa dans la position voûtée. Sa colonne vertébrale s'incurva du côté gauche et au bout de quelques mois, il présenta les symptômes tout à fait caractéristiques de la spondylose rhizomélisque, dont la nature tuberculeuse est aujourd'hui établie par la majorité des cas.

Au commencement de l'année 1902, il fut atteint de troubles de la vue, pour lesquels il consulta le docteur Dufour à Lausanne.

Le 14 mai 1902, sur les conseils du médecin de la localité qu'il habite, et du docteur Devic qu'il était également venu consulter à Lyon, il vient me voir pour ses yeux.

A cette date, l'œil droit était atteint d'une iritis avec adhérences totales, et d'une cataracte inflammatoire. L'acuité visuelle se bornait à la reconnaissance de la lumière. A l'œil gauche, il y avait une irido-choroïdite séreuse avec œdème péripapillaire et troubles légers du corps vitré. L'acuité visuelle était de 0,2. La pupille se laissait encore dilater par l'atropine d'une façon régulière, mais non d'une façon large. Le malade disait qu'il avait surtout une mauvaise vision le matin en se réveillant, et qu'au bout d'une heure, il voyait mieux. Il se plaignait aussi d'insomnies et de maux de tête continuels. Je constatai dans ses urines des traces d'albumine.

Je pratiquai le 4 juin une iridectomie à l'œil droit, et traitai l'œil gauche par de l'atropine et de la dionine.

Les douleurs de tête et l'insomnie cédèrent à l'hédonal, que j'employai après la cryogénine. Deux ou trois tentatives d'administration d'iodure eurent un effet désastreux, en augmentant chaque fois les douleurs de tête et l'albumine. Au mois de septembre, l'œil opéré avait recouvré une acuité visuelle de 0,01; mais les symptômes d'iritis s'étaient accrus à gauche, et je pratiquai, le 8 octobre, une iridectomie à l'œil gauche. L'opération fut pratiquée au lit du malade, elle fut très simple; l'incision cornéenne n'était déjà plus visible le lendemain la chambre antérieure s'était réformée, et néanmoins il se produisit sous mes yeux, au moment d'un pansement une hémorragie dans la chambre antérieure, qui mit environ quatre jours à se résorber. Finalement le résultat fut bon au point de vue opératoire, mais l'acuité visuelle ne s'éleva pas au-dessus de

0,2, ce que j'expliquai par les troubles du corps vitré et du nerf optique, autour duquel je constatai toujours un œdème assez évident. J'essayais à diverses reprises la diète lactée, mais le malade n'aimait pas le lait, et je me heurtai à une certaine hostilité. Chaque fois que je donnais un médicament, l'albumine augmentait. J'essayai sans grand succès des préparations iodées. Le salicylate de soude était sans aucune action sur les douleurs de tête, toujours très violentes, dont il se plaignait. Depuis le jour, où je pus cesser de faire porter un bandeau au malade, jusqu'à sa mort, l'acuité visuelle resta toujours la même, et l'iridectomie eut pour effet de maintenir la nutrition de l'œil jusqu'au bout. Le malade rentra chez lui au commencement de janvier 1903, et j'eus souvent de ses nouvelles par le téléphone. Il accepta, sans plus s'en plaindre, l'amoin-drissement de sa vue, et, constatant que son acuité visuelle ne s'abaissait plus, il eut la philosophie de ne pas trop exiger qu'elle redevînt ce qu'elle avait été; aussi perdis-je le malade de vue, lorsque dans les premiers jours d'avril 1904, j'appris qu'il était mort.

J'écrivis au médecin de son pays, mon ancien camarade d'internat, le docteur X., que je ne nomme pas, parce que ce serait indiquer la ville où vivait le malade, et il m'adressa la très intéressante lettre suivante, qui répondit si bien à l'idée que je m'étais faite, de mon côté, de ce malade, que j'en ai été presque surpris. Je n'avais jamais dit à mon confrère, que je croyais avoir affaire à du rhumatisme tuberculeux, et je m'étais borné à faire des diagnostics topographiques, tels que ceux d'iritis, iridochoroïdite, etc.

Voici le texte de la lettre du docteur X...

« Mon cher Confrère,

« L'autopsie de M. X... eût été certainement très
« intéressante, il est regrettable que cette pratique ne
« soit pas entrée dans nos mœurs. Il m'a laissé l'im-
« pression d'une tuberculose, mais d'une forme peu
« banale. Dans les poumons, il n'y a jamais eu de
« lésions fixes. Depuis plusieurs années, il tousse et
« crache, mais pas d'une façon continue.

« Il y avait des rémissions de plusieurs mois par-
« fois. Il souffrait rarement de plusieurs points à la
« fois, et son mal semblait se promener de sa colonne
« vertébrale à ses yeux et à ses poumons, ou plus
« exactement à ses plèvres. Il est certain que lorsqu'il
« toussait beaucoup, il souffrait moins de ses yeux et
« de ses vertèbres. Quand il avait des poussées
« d'iritis, il ne toussait pas et était plus souple dans
« ses vertèbres. Vous connaissez ses yeux mieux que
« moi, et vous avez pu voir souvent sa colonne ver-
« tébrale; ce n'est pas ce qui vous intéresse aujour-
« d'hui; et ce n'est pas de cela qu'il est mort. Depuis
« longtemps, il maigrissait et perdait ses forces.
« Depuis sept ans, j'ai constaté des frottements pleu-
« raux, plus ou moins forts et plus ou moins étendus,
« mais sans aucune fixité, tantôt en avant, tantôt en
« arrière, et du haut en bas du thorax.

« Ces frottements étaient généralement assez fins,
« ils se faisaient entendre à l'expiration et à l'inspira-
« tion. Ces derniers temps il a eu de véritables bruits
« de cuir neuf. Quand ces frottements siégeaient dans

« les sommets, on était, à coup sûr, assez embarrassé
« pour écarter le diagnostic de tuberculose du
« poumon, mais quelques jours plus tard, on ne
« trouvait plus rien aux sommets ; trois à quatre
« semaines avant sa mort, il a eu une poussée de
« bronchite aiguë, qui a évolué comme une bronchite
« aiguë chez un homme bien portant. Jamais il n'a eu
« d'épanchement pleural, et jamais de lésions fixes dans
« ses poumons ou dans ses plèvres. Jamais il n'a eu
« de lésions aux sommets, sauf les frottements pleu-
« raux. M. X... est mort de sa bronchite, qui a en-
« traîné la mort par une cachexie croissante, mais
« qui avait guéri en tant que bronchite ; j'insiste sur
« ce point pour éloigner l'idée d'une granulie ou d'une
« tuberculose à marche rapide : il ne toussait plus,
« n'expectorait plus, et n'avait plus de râles bronchi-
« tiques dans les poumons. Il est mort sans accidents
« cardiaques ni urémiques, bien qu'il ait toujours eu
« depuis quelques années des traces d'albumine. Il a
« eu de l'œdème des membres inférieurs, mais c'était
« de l'œdème cachectique.

« Outre son état général mauvais. M. X... était très
« impressionnable. Au mois de novembre dernier, son
« fils a eu une pleurésie à grand épanchement, et à ce
« moment M. X. n'était pas trop mal, mais à l'annonce
« de cette pleurésie, il s'est mis immédiatement au lit
« et ne s'est plus relevé. Tout cela n'est certes pas
« très clair, mais je ne puis rien dire de plus, j'avais
« depuis longtemps l'impression, que tout son état
« relevait d'une tuberculose larvée, et depuis long-
« temps je cherchais l'évolution de sa tuberculose

« pulmonaire, et j'avais annoncé que c'était ainsi
« qu'allait se terminer sa maladie, mais [je me suis
« trompé.

« Je n'ai observé qu'une cachexie progressive avec
« des symptômes déconcertants, et une simple bron-
« chite a terminé la scène. »

Cette observation se passe de tout commentaire. Il s'agit d'un rhumatisme viscéral, mais qu'est-ce que ce rhumatisme toxique qui entraîne la mort ? N'est-on pas tenté de dire qu'il existe une forme de tuberculose, qui a une allure fluxionnaire et qui détermine des lésions exclusivement inflammatoires, dans toutes les régions où l'on observe des manifestations rhumatismales, de sorte qu'elle mérite bien le nom de rhumatisme tuberculeux ?

OBSERVATION VI (inédite)

(Communiquée par M. le Docteur Dor)

M. L... trente-huit ans, pâtissier, mère morte de la tuberculose pulmonaire, lui-même a eu plusieurs bronchites. A dix-huit ans, hémoptysie ; réformé au conseil de révision pour lumbago ; est atteint depuis quelques jours d'une rechute grave d'une iritis pour laquelle, il a déjà été soigné dans une autre ville.

Je constate un hypohaema abondant, et en raison de l'intensité des phénomènes aigus, je prescris une émission sanguine à la tempe ; au bout de quelques jours, atropine, dionine, compresses chaudes et puis iridectomie ; guérison maintenue depuis trois ans.

OBSERVATION VII (inédite)

(Communiquée par M. le Docteur Dor)

M^{me} G., cinquante-huit ans, ménagère, iritis double remontant à plusieurs années, et ayant eu de nombreuses poussées douloureuses. Cataracte capsulaire à un œil, quelques dépôts sur le cristallin à l'autre œil. Acuité visuelle très diminuée; a beaucoup de peine à se conduire seule.

En outre la malade est perclue de douleurs, elle a une double ankylose des articulations coxo-femorales, et des arthrites déformantes des articulations des doigts. Volumineuses adénopathies cervicales formant tout un collier allant d'une apophyse mastoïde à l'autre, en passant sous le maxillaire inférieur. N'a jamais éprouvé d'amélioration de ces douleurs, que sous l'influence de bains térébenthinés. Iridectomie aux deux yeux. Huile de foie de morue, iode, grande amélioration de tous les symptômes.

OBSERVATION VIII (Inédite)

Communiqué par M. le Dr Aurand

Mlle S..., 43 ans, vient me consulter, le 3 mars 1904, pour des troubles de la vision de l'œil gauche, accompagnés de quelques douleurs oculaires persistantes, survenues depuis un mois, avec un peu de rougeur du globe. Malgré un traitement par l'atropine, déjà institué par un confrère, les douleurs ne disparaissent pas

et il y a toujours un très léger cercle carminé péri-kératique.

Je constate à l'examen par l'éclairage oblique, quelques synéchies postérieures de l'iris, et quelques dépôts punctiformes sur la face postérieure de la cornée, sans disposition caractéristique. L'iris ne présente aucune nodosité. Aucune infiltration parenchymateuse de la cornée. En outre, gérontoxon lentis, que j'avais déjà eu l'occasion de constater, il y a un an environ. L'acuité visuelle est d'un sixième sans correction, mais nous arrivons à lui donner une acuité d'un tiers, des deux yeux, par la correction suivante :

Œil droit : sphérique 1 ; cylindre 0,75 à 30°. $V = 1/3$.

Œil gauche : sphérique 1.25. $V = 1/3$.

Antécédents personnels. — Kératite dans l'enfance, ayant laissé un léger néphélion à gauche. A 14 ans, elle eut la fièvre typhoïde ; quelques années plus tard, lichen ayant duré 6 à 7 ans. Rien de particulier à noter du côté de la menstruation. A 28 ans, elle prend une bronchite chronique, pour laquelle elle ne s'est pas alitée, mais elle a fait des séjours dans les stations hivernales, à Pau, à Menton, aux Eaux-Bonnes, puis à Leysin, et plusieurs séjours successifs à la montagne. Elle n'a jamais eu d'hémoptysie. Le Dr M..., qui l'a soignée dès le début, a constaté une induration au sommet droit. Depuis deux ans, la malade ne tousse plus. L'amélioration de la bronchite s'est faite, lorsque la malade a quitté un commerce qui la surmenait beaucoup, et actuellement, sauf sa maladie oculaire et une constipation habituelle, la malade présente un état

général satisfaisant. Pas d'adénite cervicale. Elle n'a jamais eu ni rhumatisme aigu, ni chronique. La malade est encore réglée et normalement. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Aucun stigmate spécifique. Pas de troubles du côté de l'appareil génito-urinaire.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'albuminurie à 65 ans. Il était un peu rhumatisant et arthritique. Sa mère, âgée actuellement de 80 ans, est atteinte de rhumatisme déformant. Rien d'intéressant à noter pour les autres ascendants. Une sœur et deux frères, dont l'un est mort, il y a 4 ans, de tuberculose pulmonaire.

Traitement. — Instillations fréquentes d'atropine. Compresses chaudes. Série de douze injections de pilocarpine. Frictions hydrargyriques quotidiennes. Au bout d'une dizaine de jours la descemetite a diminué. Massage oculaire avec de la pommade à l'huile grise solidifiée de Vacher chaque jour. Malgré ce traitement, il survient, le 13 avril, une seconde poussée d'iritis. L'œil devient de nouveau douloureux, avec un léger cercle périkératique et quelques troubles visuels. Le même traitement, qui avait été suspendu quelques jours auparavant, est repris. J'ajoute de l'iodure de potassium, celui-ci est très mal supporté; je le remplace donc par des bains oculaires à l'iodure de potassium à 2,50 0/0; puis je pratique, à quelques jours d'intervalle, trois paracentèses dans la chambre antérieure, à la suite desquelles la vision s'améliore beaucoup. Il n'existe plus que deux ponctuations sur la membrane de Descemet. A ce moment, je conseille à la malade

un séjour à la montagne, pendant trois mois, avec repos complet des yeux. Pendant tout ce temps, l'œil est calme.

Le 30 septembre, la malade revient, se plaignant à nouveau de douleurs lancinantes dans le globe; elle se plaint aussi de voir un léger trouble visuel, une sorte de voile mobile devant son œil.

Je constate encore deux ou trois punctuations sur la face postérieure de la cornée, avec un léger cercle périkératique. Il me semble que le cercle de sclérose cristallinienne équatoriale déjà constaté a légèrement augmenté d'étendue. Le traitement par l'atropine est repris, ainsi que les frictions hydragyriques et les bains d'iodure de potassium. Cette poussée d'iritis cède rapidement sans qu'il persiste de synéchies.

Le 17 octobre, la malade revient, se plaignant toujours de voir les objets à travers un petit brouillard, ressemblant à un tulle légèrement mobile, s'étendant sur tout le champ visuel. Malgré un examen minutieux, je ne constate ni corps flottants, ni troubles poussiéreux du vitré. Néanmoins la papille, qui est normale, n'a pas toute la netteté habituelle, il semble donc que les couches profondes du vitré soient légèrement troublés.

Je conseille une série d'injections sous-conjonctivales d'une solution de chlorure de sodium à 2/100, et de cyanure de mercure, à 1/5000.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'une iritis subaiguë à répétition, presque torpide, un peu analogue à l'iritis quiet des Anglais, survenant chez une femme nettement entachée de tuberculose pulmonaire, avec cette

particularité que la lésion oculaire survient, lorsque les lésions pulmonaires paraissent guéries depuis deux ans. En l'absence de trace de toute autre cause pathogénique bien certaine, de stigmatisme pathologique évident et de tuberculose locale, pouvant expliquer l'étiologie de cette iritis, il est peut-être permis de penser qu'il s'agit d'une affection toxi-infectieuse d'origine tuberculeuse.

OBSERVATION IX

Malade du service de M. Roque, présentée par M. Leriche à la Société nationale de Médecine de Lyon, (séance du 18 avril 1904), in *Lyon médical*, 8 mai 1904.

Iritis dans un pseudo-rhumatisme tuberculeux, tuberculose pulmonaire, adénopathie tuberculeuse

« Femme âgée de 36 ans, qui n'a pas eu de syphilis, a présenté, à l'âge de 15 ans, des douleurs rhumatismales, qui envahirent l'épaule et le coude gauches, les deux cous-de-pied et les genoux.

Au bout de quelque temps, l'affection sembla s'immobiliser au niveau du coude gauche et on vit survenir des symptômes tels, que l'on semble avoir pensé à une tumeur blanche, et qu'on parla à ses parents de résection. Mais sous l'influence d'un traitement général, en quatre mois, tout disparut. Il ne resta qu'une limitation considérable des mouvements du coude gauche, ankylosé à angle aigu. Puis, sous l'influence de mobilisations répétées et de l'application d'un appa-

reil à tractions élastiques, la mobilité revint à peu près normale.

Depuis ce moment, elle a toujours vécu dans le Midi, prenant presque constamment du glycérophosphate de chaux et des toniques.

Il y a quelques mois, elle vint habiter Lyon, et bientôt se mit à tousser, et à présenter toutes les nuits des sueurs très abondantes. Au bout de quelques jours, son rhume, dit-elle, lui tomba sur les épaules. Elle s'arrêta de tousser, mais les deux articulations scapulo-humérales devinrent douloureuses, les mouvements se limitèrent, et c'est ce rhumatisme qui l'amène à l'hôpital.

A son entrée, elle présentait un bon état général. On constatait, à droite surtout, des craquements dans l'articulation de l'épaule, dont le jeu était restreint. La pression locale était douloureuse, ainsi que les mouvements.

Au deux sommets du poumon, d'autre part, mais surtout à droite, on relevait de l'exagération des vibrations, de l'inspiration saccadée, et après la toux, des râles humides très fins et de petits craquements.

De plus, il se surajoutait à l'inspiration des bruits anormaux très discrets, donnant plutôt l'impression de lésions pleurales. La tuberculose ne paraît pas douteuse.

Malgré un traitement salicylé et de l'enveloppement les douleurs rhumatismales ne cédèrent pas et paraissaient plutôt augmenter, quand, les premiers jours de mars, spontanément, elles disparurent ainsi que les transpirations nocturnes. Mais, en même temps, une

double chaîne d'adénites scrofuluses se montrait au cou, les lésions pulmonaires restant identiques. Au bout d'un mois, les adénopathies paraissent rétrocéder sous l'influence de frictions mercurielles belladonnées, quand, le 4 avril, l'œil gauche devient douloureux, et présente de l'injection périkeratique très marquée. Le 7, une iritis était évidente, la malade fut montrée à M. le Professeur Gayet, qui confirma ce diagnostic et institua un traitement. Cette iritis ne présenta aucune particularité symptomatologique ou évolutive, c'est une iritis rhumatismale banale, comme vous pouvez le voir.

Voici donc une malade dont la tuberculose pulmonaire n'est pas douteuse, qui a eu antérieurement des manifestations articulaires multiples probablement tuberculeuses, suffisamment menaçantes pour que l'on ait proposé une intervention, mais qui disparurent très rapidement sans presque laisser de trace, qui entre avec du rhumatisme chronique de l'épaule. Son arthrite rhumatismale résiste à la médication ordinaire, et disparaît le jour où se fait une poussée ganglionnaire cervicale bilatérale. Ces adénopathies rétrocedent au bout de quelques semaines, et sont immédiatement remplacées par une iritis.

Cette iritis n'a aucune signature particulière, la malade n'est pas syphilitique, n'a aucune infection à l'origine de son mal, et on doit dire iritis rhumatismale.

Dès lors ne semble-t-il pas que l'on doive songer qu'un lien unique rattache entre elles toutes ces manifestations si diverses, que l'on étiquetterait les unes

tuberculeuses, les autres rhumatismales, pour être classique ?

La relation mystérieuse qui les fait se succéder ainsi les unes aux autres, qui les fait se chasser l'une par l'autre, pourrait-on dire, n'est-elle pas l'indice d'une infection générale qui les conditionne toutes ? »

Nous avons revu la malade le 27 octobre 1904 : elle a complété ces renseignements.

Iritis de l'œil gauche à peu près guérie le 13 juin.

Le 31 juin, nouvelle poussée d'iritis à l'œil gauche.

Cinq semaines plus tard, poussée à l'œil droit. Il y un mois environ, nouvelle poussée à l'œil gauche.

Elle a accusé des douleurs périorbitaires très violentes qui ont été calmées par la cryogénine à la dose de 0^{gr}60.

OBSERVATION X (Résumée)

Bürstenbinder, in Archiv. für Ophtalmologie, 1895

Jeune fille, 9 ans. A 2 ans 1/2, arthrite tuberculeuse du genou gauche. Elle a eu aussi des poussées tuberculeuses dans deux articulations des doigts. Ces affections articulaires ont bien guéri, quoiqu'il ait subsisté une certaine gêne dans les mouvements du genou gauche, et que la jambe soit restée un peu raccourcie. Point d'antécédents héréditaires.

En novembre 1892, réapparurent des douleurs dans le genou gauche et des contractures violentes. Le traitement consista au début en applications d'un pansement compressif, qui fut remplacé plus tard par un

plâtre. Elle reçut une contusion sur la jambe malade ; à cette époque la malade souffrait de maux de tête qui augmentaient toujours, et furent pris pour de la migraine ; il n'y avait pas de douleur d'estomac.

Le 11 avril 1893, elle se donna à la tête un coup contre la tête d'une autre enfant. On ne voyait pas où le coup avait porté. Quelques jours après, l'enfant eut des vertiges, des vomissements et des maux de tête ; elle était très faible, mais n'avait pas de fièvre. Grande tendance au sommeil. Deux jours après, les vomissements cessèrent, cependant elle conserva une légère somnolence, particulièrement le soir. Quelques jours plus tard apparurent à l'œil gauche de l'inflammation et des troubles de la vision. L'atropine n'amenait aucune dilatation notable de la pupille. Quelques jours après, l'œil droit se prit à son tour avec photophobie, rougeur et diminution de la vision.

Le 22 avril 1893, l'enfant est reçue dans la clinique du professeur Wagenman.

Examen. — Œil droit. Injection ciliaire fortement marquée, légère photophobie. Pupille incomplètement et irrégulièrement dilatée par l'atropine. Nombreuses synéchies postérieures. Sur la pupille et à la surface de l'iris, exsudats fibrineux. Il y a beaucoup de pigments sur la cristalloïde antérieure. Chambre antérieure profonde. Humeur aqueuse légèrement trouble. Fond d'œil flou : rien d'anormal. On ne peut distinguer aucun trouble net du vitré.

Œil gauche, même troubles qu'à droite. Pupille seulement un peu rétrécie. Champ visuel normal des deux côtés. Comme l'enfant est couché, on ne peut pas

prendre exactement son acuité visuelle; cependant celle-ci est très diminuée. Il y a un peu d'hypotomie des deux côtés. Plus gaie que les jours précédents. L'appétit a un peu augmenté. Poumons intacts. Pas de douleur provoquée à la tête. Ganglions engorgés dans l'aîne et au cou. Encore quelques maux de tête. La jambe gauche est dans un plâtre.

Traitement. — Atropine, compresses chaudes.

Comme l'enfant avait toujours mal supporté tous les médicaments, on n'en donne pas. D'après les dires du père, l'injection ciliaire a diminué peu à peu dans les dernières semaines. Les pupilles se dilatent incomplètement, la droite un peu mieux que la gauche. Il n'y a plus de photophobie.

Le mieux s'accroît de telle sorte, que l'enfant peut quitter le lit après quelques jours. Au début, elle avait le soir quelque tendance à avoir de la fièvre. Les douleurs de la tête disparaissent, les vertiges aussi, l'appétit s'améliore, et le poids du corps augmente lentement. Pas de toux, seulement un léger enrrouement. Le malade est examiné à la clinique d'Iéna.

15 mai 1893. — Des deux côtés un peu d'injection ciliaire, cornée claire des deux côtés. Point de dépôts.

Œil droit : pupille largement adhérente en bas et en dehors, mieux dilatée en haut. Sur la cristalloïde antérieure, exsudats encore un peu abondants, mêlés de nombreuses pigmentations. Papille difficile à voir. Le corps vitré n'est pas clair, mais troublé surtout à sa partie antérieure.

Œil gauche, pupille adhérente à peu près sur tout son pourtour, avec beaucoup de pigments et d'exsu-

daté. On ne peut pas distinguer les opacités du vitré. Tonus assez remonté des deux côtés.

Des deux côtés, champ visuel normal. Urines normales.

Traitement : atropine, cocaïne, compresses chaudes, nourriture fortifiante.

L'inflammation diminue lentement dans le segment antérieur de l'œil. L'injection a disparu complètement, l'exsudat pupillaire diminue quelque peu et se transforme en membrane plus nettement délimitée. Les pigmentations persistent. La pupille serait seulement un peu plus large. L'acuité visuelle augmente lentement, elle reste notablement plus mauvaise à droite qu'à gauche, bien que les troubles pupillaires à gauche soient plus visibles. On voit nettement des opacités du vitré et des troubles diffus dans le segment antérieur qui pendant un certain temps furent plus accentués, et amenèrent une forte diminution de la vision. Le tonus longtemps diminué revient à la normale.

2 juin 1893. — L'œil ne présente que des traces d'injection. La surface irienne est normale des deux côtés ; troubles du vitré.

17 juillet 1893. — Quelques traces d'injection ciliaire. Corps vitré diffusément troublé à sa partie profonde, plus fortement qu'auparavant. On obtient à peine, par l'éclairage au miroir, au lieu d'un reflet rouge, un reflet légèrement gris. Le cristallin est clair. On ne voit pas de corps flottants du vitré. Papille rouge. Les pupilles sont comme auparavant, les exsudats sur la cristalloïde ont un peu diminué et se sont organisés. Encore un peu d'hypotonie.

19 septembre 1893. — Pas d'injection ciliaire. Les pupilles réagissent à la lumière. L'atropine est abandonnée depuis quelque temps. La papille se voit plus facilement. Le corps est plus clair. Tonus meilleur.

Traitement. — Atropine et pilocarpine pour rendre les pupilles plus mobiles. L'état général s'est bien relevé, le poids du corps a considérablement augmenté.

18 janvier 1894. — Corps vitré éclairci notablement. Papille légèrement flove. Pupille réagissant bien. Légers dépôts pupillaires. Tonus presque normal.

Traitement. — Suralimentation. La jambe est traitée par un plâtre et plus tard par des bandages. L'articulation est enflée, la contracture a augmenté ; déformation en baïonnette avec 4 centimètres de raccourcissement.

10 avril 1894. — Des deux côtés, la pupille est légèrement irrégulière, plus large à droite qu'à gauche. Elles réagissent bien. Légers exsudats sur le cristallin. La papille est bien visible. Par l'atropine la pupille droite se dilate, mais incomplètement, et la gauche encore moins. Le corps vitré paraît libre ; la papille est encore voilée, quoique normale.

En l'absence de toute autre cause étiologique, et par suite de l'état nettement bacillaire de la malade, nous pensons qu'il s'agit d'une iritis tuberculeuse inflammatoire. L'inflammation de l'iris a coïncidé avec des phénomènes méningopathiques, probablement aussi d'origine tuberculeuse.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Communiquée par M. le Docteur Dor)

M. B.... âgé de 38 ans. Mère morte de tuberculose pulmonaire à 31 ans.

Une sœur morte de tuberculose pulmonaire à 23 ans.

Un frère mort de tuberculose pulmonaire à 31 ans.

Personnellement, à 19 ans a été soigné par le Docteur Drey pour une bronchite, et on ne lui a pas caché qu'il s'agissait d'un commencement de tuberculose. L'huile de foie de morue et la vie au grand air eurent raison de ces premiers symptômes, et il guérit complètement. A l'âge de 21 ans, il eut, pour la première fois, une iritis qui fut qualifiée de rhumatismale, et soignée par le salicylate de soude; il eut plusieurs rechutes pendant les premières années; il eut au moins deux poussées d'iritis par an, pendant plusieurs années. A 35 ans, il contracte la syphilis, et est soigné par le docteur Cordier. Au commencement de 1904, il est repris d'une iritis, qui, d'après lui, est une rechute de ses anciennes iritis rhumatismales, dont il n'avait plus eu de manifestations depuis l'apparition de sa syphilis. Le docteur Cordier lui conseille cependant de consulter un spécialiste, et il vient me trouver.

Je lui prescrivis de l'atropine et du salicylate en collyre, et rapidement l'iritis disparaît, cette fois encore sans adhérences, comme toutes les précédentes.

Une seconde fois en novembre 1904, survient une poussée. Il semble évident que la syphilis ne joue aucun rôle dans cette localisation, et qu'il s'agit bien de l'iritis rhumatismale, survenue chez un malade, qui a eu personnellement de la tuberculose, et dont les antécédents sont particulièrement chargés.

CHAPITRE II

Symptômes

Les observations, encore peu nombreuses, d'iritis d'origine tuberculeuse ne nous permettront pas de faire une étude clinique complète de l'affection, mais nous croyons du moins pouvoir rechercher, s'il y a des signes cliniques évidents, des signes physiques facilement constatables, qui permettent en présence d'une iritis inflammatoire d'affirmer ou de nier la nature tuberculeuse de la maladie.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue tous les symptômes. L'hyperhémie des vaisseaux conjonctivaux, l'injection périkeratique, le changement de coloration de l'iris, la paresse des mouvements de la pupille existent dans toute inflammation du tissu irien, et présentent trop de banalité, pour qu'on puisse y trouver quelque particularité caractéristique.

L'iritis tuberculeuse inflammatoire ne semble pas se

différencier des autres iritis par les signes fonctionnels. La photophobie et le larmoiement sont proportionnés à l'intensité de l'inflammation et des douleurs ciliaires ; ils sont plus violents chez les jeunes sujets.

Localisées au globe et au pourtour de l'orbite, les douleurs sont parfois réduites à une sensation de lourdeur, de pesanteur périorbitaire ou de plénitude oculaire, mais elles peuvent atteindre aussi une acuité excessive, au point de réclamer un traitement spécial (Obs. IX). Elles sont généralement assez marquées, et sont dues à la compression des nerfs ciliaires par le tissu hyperhémie ou les exsudats.

Les troubles de la vision sont variables dans leur intensité ; ils peuvent précéder parfois l'apparition des autres symptômes (Obs. IV). Ils sont dus aux troubles des milieux : humeur aqueuse, vitré, et aux épanchements produits dans le champ pupillaire.

La marche, l'évolution de l'iritis tuberculeuse inflammatoire sont assez semblables à celles de l'iritis rhumatismale. Tantôt le début paraît brusque ; en quelques jours les yeux s'injectent, deviennent larmoyants et douloureux, la vision diminue très vite. D'autres fois, c'est d'une façon toute insidieuse que s'établit l'affection oculaire, peu à peu, sans rien qui attire l'attention du malade, si ce n'est un affaiblissement lent mais progressif de la vision.

Une forme évolutive particulière constitue ce que l'on peut appeler l'*iritis à bascule* (Obs. IX). L'œil malade guérit, celui de l'autre côté s'enflamme, il guérit à son tour ; le premier devient de nouveau le siège de phénomènes congestifs.

Les rechutes sont très fréquentes, on les note souvent dans nos observations, presque tous les malades ont eu de nombreuses poussées successives. Dans l'observation I, on en compte onze pour l'œil droit.

En résumé, l'iritis tuberculeuse inflammatoire ne présente pas de particularité dans les signes fonctionnels ; par sa marche, par son évolution elle se rapproche de l'iritis rhumatismale. N'y a-t-il pas une forme clinique qui lui appartienne plus spécialement ? Ne sait-on pas en effet que l'iritis plastique aiguë est surtout propre au rhumatisme chronique, l'iritis plastique subaiguë à la syphilis, l'iritis séreuse à la blennorrhagie ? Enfin Arlt, Fournier et Trousseau n'admettent-ils pas que la syphilis soit seule l'origine du *quiet iritis*, décrit par Hutchinson ? Il semble pourtant que dans la plupart des cas, l'on soit dans l'impossibilité de conclure, par le simple examen de la forme clinique, à l'origine de l'iritis.

« Souvent, dit Delens dans le traité de pathologie, chirurgicale de Duplay et Reclus, des iritis bien différentes par leur origine, se présentent avec les mêmes caractères anatomiques, et inversement une cause unique, telle que la diathèse rhumatismale, peut déterminer une iritis tantôt séreuse, tantôt parenchymateuse, enfin les lésions peuvent se transformer et on voit quelquefois l'iritis parenchymateuse succéder à l'iritis séreuse. » On connaît le fait de Hock (Hock, *Med. Wiener Press*, 1881) concernant un vieux syphilitique, chez lequel un œil était atteint d'iritis plastique et l'autre d'iritis séreuse.

L'iritis tuberculeuse inflammatoire peut être séreuse ;

on constate aussi plus volontiers l'hypotéma que l'hypopyon ; mais elle semble revêtir le plus fréquemment la forme plastique. Les exsudats sont en quantité variable ; très minimes parfois, ils sont souvent assez considérables. Chez quelques malades, ils envahissent le champ pupillaire dans sa totalité, produisant ainsi l'abolition de la vision.

Ces exsudats sont l'origine d'adhérences, qui se forment surtout entre l'iris et la face antérieure du cristallin. Faibles au début de la maladie, ces synéchies gagnent peu à peu en solidité et opposent à la mydriase une grande résistance.

Après la disparition des phénomènes inflammatoires, la contraction de l'iris est le point de départ de tiraillements incessants, qui portent sur les parties de cette membrane fixées au cristallin. Ces irritations continues donnent la raison des récidives qu'on observe si souvent.

La synéchie peut être totale, où par suite de la rétraction en quelque sorte cicatricielle que subissent les produits agglutinants, les parties du bord libre de l'iris qui en sont exemptes, se trouvent fortement appliquées contre le cristallin. Dans ce cas, la communication entre les chambres antérieure et postérieure est interceptée, l'humeur aqueuse secrétée en arrière pousse devant elle l'iris, jusqu'à lui faire prendre la forme d'un entonnoir. L'iris éprouve alors une traction continue, qui se fait sentir à son insertion, en continuité directe avec les artères et les nerfs ciliaires. Les tiraillements incessants exercés sur le muscle ciliaire, l'accolement ou l'adossement des parties péri-

phériques de l'iris vers l'angle irien produisent des troubles de nutrition qui peuvent provoquer les phénomènes de glaucome.

L'iritis tuberculeuse inflammatoire apparaît chez des sujets manifestement atteints de bacillose du poulmon ou de tout autre organe ; mais on peut très bien concevoir qu'elle survienne chez des malades qui ne sont porteurs d'aucune lésion apparente. Elle est alors la première manifestation clinique de la tuberculose. Les bacilles, en effet, peuvent se cantonner en un point profond de l'organisme (ganglions mésentériques et autres) inaccessible à nos moyens d'investigation.

L'iritis tuberculeuse inflammatoire peut coexister et alterner avec d'autres manifestations du rhumatisme tuberculeux, disparaissant quand les jointures ou les autres organes se prennent, et reparaissant lorsqu'ils se dégagent, par une sorte de balancement avec les accidents articulaires ou viscéraux. Le malade de l'observation V souffrait moins de ses yeux et de ses vertèbres, lorsqu'il toussait, et quand il avait des poussées d'iritis, il ne toussait pas, et était plus souple dans ses vertèbres. Il s'agit alors d'iritis rhumatismale d'origine tuberculeuse, comme le prouvent ses caractères cliniques et son allure métastatique.

CHAPITRE III

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement

D'après ce que nous avons dit, il ne semble pas qu'aucun signe clinique particulier permette à lui seul d'affirmer ou de nier la nature tuberculeuse d'une iritis inflammatoire. Ce n'est donc pas dans ce genre de renseignements, que nous devons puiser les éléments du diagnostic.

On procédera d'abord par élimination. Il faudra naturellement savoir s'il n'y a pas une cause locale d'iritis, telle que traumatisme, contusion, plaie avec ou sans corps étrangers de l'iris. Il faudra s'assurer que les membranes voisines ne sont pas malades, qu'il n'y a pas de kératite, d'ulcère de la cornée, de lésions de la choroïde.

Cet ordre de causes étant éliminé, on arrivera aux causes générales. Les iritis syphilitique, rhumatismale, blennorrhagique, sont les plus fréquentes; elles n'ont guère non plus de symptômes pathognomoniques, et il serait très difficile dans la plupart des

cas, même aux ophtalmologistes les plus exercés, de reconnaître l'origine d'une iritis au seul aspect extérieur. Mais le diagnostic rétrospectif de la syphilis est souvent possible, même facile, et l'on trouve dans l'histoire des malades une série d'accidents, qui ne laissent plus de doute sur leur nature. D'autres fois, le diagnostic est encore plus facile : il existe sur le corps des traces de la syphilis, une éruption secondaire par exemple.

On pourra aisément aussi dépister l'existence d'une blennorrhagie ; mais il sera plus difficile de différencier l'iritis tuberculeuse inflammatoire de l'iritis rhumatismale. Il ne faudra pas se hâter d'attribuer au rhumatisme certaines iritis plastiques, chez des malades qui ont présenté des fluxions, des douleurs dans les jointures. « Lorsqu'on est arrivé, dit M. Dorcité par MM. Poncet et Mailland dans leur monographie de la collection Critzman, à se convaincre de l'existence de cette forme d'iritis tuberculeuse, on se demande si des formes analogues, coïncidant avec des manifestations articulaires, ne sont pas elles aussi, tuberculeuses, mais alors on ne sait pas où établir la limite. »

Chez un bacillaire par d'autres lésions, l'absence de toute autre cause étiologique constitue une très grande probabilité, en faveur de la nature tuberculeuse de l'iritis.

S'il s'agit d'une iritis d'origine bacillaire cliniquement primitive, sans localisations infectieuses manifestes, passées ou présentes, mettant sur la voie étiologique de l'affection, la difficulté est plus grande.

C'est en fouillant l'histoire des malades, en recherchant les antécédents pathologiques héréditaires et surtout personnels, qu'on peut arriver à un diagnostic probable. Les affections anciennement dénommées scrofuleuses, les tares tuberculeuses des frères et des sœurs sont à rechercher avec soin. C'est aux procédés de laboratoire, séro-réaction, injection de tuberculine, qu'il appartient de confirmer le diagnostic. Mais ce sont des procédés indirects, qui permettent d'affirmer que l'on se trouve en présence d'une iritis chez un tuberculeux, mais qui ne prouvent pas l'origine tuberculeuse de cette iritis inflammatoire.

Les moyens d'investigation directs (recherche des bacilles de Koch, inoculation expérimentale) portant sur l'organe malade, sur des fragments d'iris acquis par l'iridectomie par exemple, peuvent donner des résultats, lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion provoquée par les bacilles eux-mêmes. Encore n'ont ils pas une valeur absolue; on connaît l'insuccès d'Alexander, qui ne put trouver des bacilles dans des tubercules de l'iris pourtant bien caractéristiques.

L'inoculation est aussi un moyen infidèle. « L'inoculation, dit Landouzy, possède une valeur absolue quand le résultat est positif, mais les résultats négatifs doivent être interprétés. » Si, en 1879, Samelsohn, répétant les expériences de Cohnheim, a pu provoquer la tuberculose en inoculant, dans la chambre antérieure d'un lapin, une partie d'iris tuberculeux, et transmettre cette affection à cinq générations de lapins, d'autres expérimentateurs n'obtinrent aucun résultat.

Dans un cas de Hoensell, les matériaux recueillis à

l'occasion de plusieurs iridectomies et d'une énucléation (nodules tuberculeux du cercle ciliaire) n'ont pas donné de résultat positif, soit dans la recherche du bacille de Koch, soit dans l'inoculation expérimentale. Pourtant il se développa ultérieurement une matité au sommet du poumon; on constata l'existence de râles muqueux, et une tuberculose du poumon se déclara. Le décès survint par suite d'une tuberculose rénale, treize ans après l'affection de l'œil. On avait d'ailleurs constaté plus tard l'existence de nodules du cercle ciliaire avec cellules géantes et bacilles tuberculeux.

Leber extirpa chez une fille de 13 ans, deux nodules iriens, qui ne donnèrent aucun résultat lors de l'inoculation expérimentale. Dans les fragments de tissu pathologique acquis par l'iridectomie, Deutschman ne découvrit pas de bacilles. La malade toussait depuis quelques mois; il existait du catarrhe au sommet du poumon droit. Malgré la non découverte des bacilles de Koch, malgré l'échec de l'inoculation expérimentale, Leber n'en considéra pas moins ce cas comme une tuberculose de l'iris.

Ces procédés de laboratoire directs, infidèles même dans les cas de tuberculose de l'iris, ne seront pas d'un grand secours pour établir le diagnostic de l'iritis tuberculeuse inflammatoire, due le plus souvent à l'influence seule des toxines bacillaires. Mais n'a-t-on pas admis, uniquement d'après l'observation clinique et sans preuve expérimentale, l'existence d'iritis dues au rhumatisme?

En résumé, en face d'une iritis que rien ne semble

expliquer, il faut songer à la tuberculose. Les symptômes, la coexistence d'autres lésions bacillaires, les antécédents mettront sur la voie du diagnostic.

Pronostic et traitement

Le pronostic local de l'iritis d'origine tuberculeuse est des plus variables. Il est subordonné à la forme clinique de l'affection. L'iritis plastique, qui semble la plus fréquente, expose par la production d'adhérences aux rechutes, aux récidives et aux atteintes de glaucome. D'autre part l'iritis bacillaire inflammatoire peut se transformer ultérieurement en tuberculose de l'iris, de même que, dans une articulation, la fluxion rhumatismale peut se changer en tuberculose spécifique. Nous n'avons rapporté nous-même aucun fait de ce genre, mais dans l'observation de Quint, dont nous avons parlé, l'apparition de tubercules sur la membrane irienne avait été précédée, neuf mois auparavant d'une iritis uniquement inflammatoire.

Il est permis de penser, qu'étant donné la longueur de cette période d'inflammation, on n'ait pas affaire ici à deux étapes successives d'un même mal, mais bien à une tuberculose de l'iris venant se greffer sur une iritis tuberculeuse inflammatoire.

Le pronostic général est en rapport avec la coexistence et le siège d'autres manifestations bacillaires. L'iritis paraît survenir le plus souvent chez des malades dont les lésions revêtent un caractère particulier d'atténuation, de torpidité, de tendance à la guérison (observations IV, VIII), mais dans

deux de nos observations, les malades sont morts par le fait de l'infection tuberculeuse. Cette affection toutefois n'est pas dangereuse en elle-même, et l'œil atteint ne doit pas être considéré, ainsi que dans la tuberculose de l'iris, comme un organe susceptible d'infecter toute l'économie, à la manière d'une tumeur maligne.

Le traitement local sera celui de toutes les iritis, compresses chaudes, instillations d'atropine et d'autres mydriatiques, frictions mercurielles, iridectomie, etc. La cryogénine qui calme les douleurs dans les névralgies tuberculeuses est à préconiser, à la dose de 0 gr. 50 à un gramme. Dans l'observation V, les douleurs très violentes de la malade ont été apaisées par ce médicament. Le salicylate de soude à l'intérieur est sans action, l'iode de potassium est plutôt nuisible. L'huile de foie de morue donne de bons résultats.

On n'oubliera pas enfin que ces malades sont souvent des tuberculeux par d'autres lésions, et on instituera sans retard un traitement général. Le repos ou le travail modéré, une bonne alimentation et même la suralimentation, l'huile de foie de morue, les toniques, les vins généreux, la vie au grand air, à une certaine altitude ou aux bords de la mer, une hygiène bien comprise associée à une médication reconstituante, tout en s'adressant à l'état général des malades, pourront avoir une heureuse influence sur la marche de l'iritis tuberculeuse inflammatoire.

CONCLUSIONS

I. A côté de l'iritis tuberculeuse classique, caractérisée par la présence dans l'iris de tubercules, et qui devrait être désignée par l'expression de tuberculose de l'iris, il existe une iritis tuberculeuse, qui ne se manifeste que par des lésions inflammatoires, qui seule mériterait par conséquent l'appellation d'iritis tuberculeuse, mais que nous proposons, pour éviter les confusions, d'appeler l'iritis tuberculeuse inflammatoire.

II. Cette forme d'iritis reconnaît probablement pour cause l'action du poison tuberculeux, et non le bacille lui-même. Nous avons réuni onze observations de cette variété.

III. Elle peut coïncider avec d'autres localisations des toxines tuberculeuses, et en particulier sur des articulations (rhumatisme tuberculeux), donnant ainsi le change avec l'iritis rhumatismale.

IV. Le diagnostic différentiel entre l'iritis rhumatismale et l'iritis tuberculeuse inflammatoire ne peut pas être établi, actuellement encore, par des méthodes de

laboratoire, mais il est probable que cette possibilité ne tardera pas à être un fait accompli.

V. Il sera en général très facile, de faire cliniquement le diagnostic d'une iritis tuberculeuse inflammatoire, en tenant compte de l'évolution antérieure ou concomitante de lésions tuberculeuses.

VI. D'autre part l'iritis nettement rhumatismale sera reconnue à l'allure franchement aiguë des arthropathies et des viscéralgies concomitantes, mais il ne faut pas oublier qu'il existe un rhumatisme tuberculeux, et par conséquent on ne devra pas faire le diagnostic d'iritis rhumatismale, sur le simple fait que l'inflammation irienne aura été accompagnée de fluxions rhumatismales. Au cours des rhumatismes tuberculeux, il existe des iritis inflammatoires, qui sont elles-mêmes des manifestations fluxionnaires abarticulaires tuberculeuses de ce rhumatisme.

Vu :

Le Président de la Thèse,
PONCET.

Vu :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 30 novembre 1904.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER. — Centralbl. für prakt. Augenh. juin 1884.
p. 161. Annales 1884.
- ARLT. — Traité des maladies des yeux.
- BOSSIS. — Tuberculose de l'iris, Thèse, Paris, 1893.
- O. BRUNS. — Archiv. für Ophtalmologie, 1904.
- BÜRSTENBINDER. — Archiv. für Ophtalmologie, 1895.
- CHATELOT. — Iritis séreuse. Thèse, Paris, 1894.
- CLAVELIER. — Pathogénie des iritis. Thèse, Toulouse, 1894.
- COUTURIER. — France Médicale, 1886. De l'iritis scrofuleuse
dans les Vosges.
- L. DOR. — Gazette des Hôpitaux, 2 juin 1904.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- GALEZOWSKI. — Traité des maladies des yeux.
- GRADENIGO. — Annales d'oculistique, 1870, t. LXIV, p. 174.
- HAAB. — Archiv. für Ophtalmologie, 1879, t. XXV, 4, p. 163.
- HAENSELL. — Société ophtalmologique de Heildelberg,
1879, Archiv. f. opht. t. XXV, 4, p. 6, 1879.
- HOCK. — Med. Wiener Press, 1881.
- KÆNIG. — Thèse de Breslau, 1883.
- KÆSTER. — Centralblatt f. d. Med. Wissenschaft, 1873,
p. 913.
- DE LAPERSONNE. — De l'étiologie de l'iritis. Bulletin Médical,
1892.
- LEBER. — Société ophtalmologique de Heidelberg, 15 sep-
tembre.

- MANFREDI. — Contribuzione clinica et anatomo-pathologica alla tuberculosi oculare. Modène, 1876, Ann. d'ocul. t. LXXVIII, p. 243.
- NOYES. — Diseases of the eye, 1881.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux.
Leçons sur les maladies inflammatoires des maladies internes de l'œil.
- PERLS. — Archiv. für Ophthalmologie XIX, I, p. 221. Annales, 1873, p. 178.
- A. PONCET. — De la polyarthrite tuberculeuse déformante ou pseudo-rhumatisme chronique tuberculeux. Congrès français de chirurgie, 1897.
- A. PONCET. — Du rhumatisme tuberculeux, Société de médecine de Lyon, 1900.
- A. PONCET. — Rhumatisme tuberculeux ou pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire. Communication à l'Académie de médecine, 23 juillet et 22 octobre 1901.
- A. PONCET. — Rhumatisme tuberculeux abarticulaire. Localisations viscérales et autres du rhumatisme tuberculeux. Communication à l'Académie de médecine, 15 juillet 1902 ; Lyon médical, 20 juillet 1902.
- A. PONCET et MAILLAND. — Rhumatisme tuberculeux. Pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire. L'œuvre médico-chirurgicale (Dr Critzman, direct.), n° 34, août 1903.
- QUINT. — Centralblatt für Augenheilkunde, 1893.
- SALIÈS. — Iritis dans la Pathologie générale. Thèse, Paris, 1894.
- SAMELSOHN. — Berl. Klin. Woch., 1879, Ann. d'ocul., 1880, 21 avril et 20 octobre 1879.
- VAN DUYSE. — Annales d'oculistique, juillet, août 1890. Archives d'ophtalmologie, n° 8, 1892.
- VIGNES. — Iritis tuberculeuse, Recueil d'ophtalmologie 1894.
- DE WECKER. — Des manifestations oculaires diathésiques : scrofuleuse, rhumatisme, syphilis. Annales d'oculistique, Bruxelles, 1881.
- DE WECKER. — Traité des maladies des yeux.

LYCN. -- IMPRIMERIE WALTENER & Cie

3, Rue Stalla,
